

Aneta L. Zygulska¹, Adrian Wójcik², Piotr Richter²¹Oddział Kliniczny Kliniki Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie²Miejski Szpital Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie, Oddział Chirurgii

Przerzut raka nerki do pęcherzyka żółciowego — opis przypadku

Metastasis to the gallbladder from renal carcinoma — a case report

Adres do korespondencji:

Dr med. Aneta Zygulska
Oddział Kliniczny Kliniki Onkologii
Szpitala Uniwersyteckiego
ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków
Tel.: +48 (12) 424 89 14
Faks: +48 (12) 424 89 09
e-mail: zygulska@poczta.onet.pl

Onkologia w Praktyce Klinicznej
2009, tom 5, nr 6, 261–262
Copyright © 2010 Via Medica
ISSN 1734–3542
www.opk.viamedica.pl

STRESZCZENIE

Przerzuty raka nerki do przewodu pokarmowego opisywano w piśmiennictwie bardzo rzadko. W niniejszym doniesieniu opisano przypadek 73-letniej chorej na raka jasnokomórkowego nerki, u której przeprowadzono cholecystektomię z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego po 32 miesiącach po nefrektomii. Badanie histopatologiczne materiału operacyjnego ujawniło istniejący obok kamicy przerzut raka jasnokomórkowego nerki do pęcherzyka żółciowego.

Słowa kluczowe: rak jasnokomórkowy nerki, przerzut do pęcherzyka żółciowego

ABSTRACT

Metastases of renal carcinoma to the gastrointestinal tract are very seldom reported in the medical literature. Case of 73-year old female patient with clear cell renal carcinoma was described. Cholecystectomy was performed due to cholecystolithias 32 months after nephrectomy. Metastasis of renal carcinoma co-existing with cholecystolithias was revealed on the basis of pathological examination of the excised material.

Key words: clear cell renal carcinoma, metastasis to the gallbladder

Onkol. Prak. Klin. 2009; 5, 6: 261–262

Wstęp

Rocznie na złośliwe nowotwory nerki zapada około 150 000 osób na całym świecie (co stanowi ok. 2% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe). Częstość występowania raka nerki jest 8-krotnie wyższa w krajach uprzemysłowionych niż rozwijających się, co wynika zarówno z wpływu czynników środowiskowych, jak i z dostępności badań obrazowych. Mężczyźni chorują 2-krotnie częściej niż kobiety. Około 90% przypadków stanowi rak jasnokomórkowy. W chwili rozpoznania u około 30% pacjentów stwierdza się IV stadium zaawansowania klinicznego, a u kolejnych 30% chorych z początkowo miejscowo zlokalizowanym rakiem dochodzi do nawrotu choroby po nefrektomii [1, 2]. Wątroba, płuca, węzły chłonne, mózg i kości są typowymi miejscami lokalizacji przerzutów [3]. Rzadko opisywano przerzuty do układu pokarmo-

wego (w tym do dwunastnicy, trzustki i pęcherzyka żółciowego) [4, 5].

Pierwotne nowotwory złośliwe pęcherzyka żółciowego na ogół współistnieją z kamicią [6]. Z kolei obecność zmian polipowatych w bezkamicznym pęcherzyku sugeruje raczej przerzut niż pierwotnego guza [6]. Dotychczas opisano ponad 20 przypadków raka nerki przerzutującego w sposób syn- lub metachroniczny do pęcherzyka żółciowego [7–10]. Większość z nich rozpoznawano na podstawie autopsji [3, 8, 10]. W sytuacji zdiagnozowania izolowanego przerzutu raka nerki do pęcherzyka żółciowego zaleca się usunięcie pęcherzyka, ponieważ jedynie takie postępowanie terapeutyczne stwarza szansę dłuższego przeżycia [6–8, 11].

Celem pracy jest przedstawienie przypadku obecnie 73-letniej chorej na raka nerki po radykalnym leczeniu operacyjnym, u której po 32 miesiącach po operacji zdiagnozowano przerzut do pęcherzyka żółciowego.

Opis przypadku

Chorą w wieku 70 lat przyjęto na oddział chirurgiczny w ramach ostrego dyżuru w dniu 20 grudnia 2005 roku z powodu bezbólowego krwiomoczu trwającego 2 miesiące oraz potwierdzonego w badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) guza nerki.

Na podstawie wywiadu zebranego od pacjentki ustalono, że u chorej przeprowadzono zabieg operacyjny usunięcia macicy z przydatkami z powodu mięśniaków macicy w 1988 roku. Z wyjątkiem żylaków kończyn dolnych u pacjentki nie stwierdzono innych schorzeń. Wywiad rodzinny w kierunku nowotworów i chorób nerek był ujemny. W wywiadzie ginekologicznym stwierdzono 5 ciąż: 3 porody siłami natury oraz 2 poronienia. Pacientka nigdy nie paliła tytoniu. Alkohol piła sporadycznie (kilka razy w roku). Nie przyjmowała żadnych leków.

Zarówno wyniki badań biochemicznych, jak i badania radiologicznego klatki piersiowej wykonanych w trakcie hospitalizacji były w granicach normy. U pacjentki przeprowadzono radykalną prawostronną nefrektomię w dniu 11 stycznia 2006 roku. Na podstawie badania histopatologicznego materiału operacyjnego postawiono rozpoznanie raka jasnokomórkowego w stopniu zaawansowania G3 według klasyfikacji Fuhrmana.

Guzy naciekały ogniskowo torebkę włóknistą. W obrębie torebki tłuszczowej, moczowodu i tkanki węgli nie stwierdzono nacieku nowotworu. Patologiczne stadium zaawansowania nowotworu określono na T2N0M0.

Po leczeniu chirurgicznym chorą objęto stałą kontrolą. W trakcie rutynowego badania ultrasonograficznego jamy brzusznej wykonanego w ramach badania kontrolnego przeprowadzonego we wrześniu 2008 roku — 32 miesiące po leczeniu pierwotnego guza — u bezobjawowej chorej wykryto kamicę i polip pęcherzyka żółciowego. Podjęto decyzję o laparoskopowym usunięciu zmian. Początkowo zabieg operacyjny usunięcia kamicy odroczono z powodu zakażenia dróg moczowych. Do leczenia włączono ciprofloksacynę 2 × 500 mg przez 14 dni.

Laparoskopową cholecystektomię przeprowadzono w dniu 7 listopada 2008 roku. W badaniu histopatologicznym ujawniono przerzut raka jasnokomórkowego nerki w 8-milimetrowym polipie pęcherzyka żółciowego. Utkanie raka stwierdzono jedynie w obrębie błony śluzowej.

Marginesy operacyjne były wolne od nacieku nowotworu. W kolejnych kontrolnych badaniach CT jamy brzusznej wykonanych w styczniu i maju 2009 roku nie stwierdzono kolejnych zmian przerzutowych. Przez 12 miesięcy po cholecystektomii u pacjentki nie występowały objawy.

Chorą objęto stałą kontrolą w Poradni Onkologicznej przy Oddziale Chirurgicznym.

Piśmiennictwo

1. Rouviere O., Bouvier R., Negrier S., Badet L., Lyonnet D. Nonmetastatic renal cell carcinoma: is it really possible to define rational guidelines for post treatment follow up. *Nat. Clin. Pract. Oncol.* 2006; 3: 200–213.
2. Motzer R.J., Bander N.H., Nanus D.M. Renal-cell carcinoma. *N. Eng. J. Med.* 1996; 335: 865–875.
3. Sparwasser C., Krupiński M., Radomsky J., Pust R.A. Gallbladder metastasis of renal cell carcinoma. A case report and review of the literature. *Urol. Int.* 1997; 4: 257–258.
4. Fullarton G.M., Burgoyne M. Gallbladder and pancreatic metastases from bilateral renal carcinoma presenting with hematuria and anemia. *Urology* 1991; 2: 184–186.
5. Ricci V., Carbone S.F., Testi W. i wsp. Single gallbladder and multiple pancreatic metastases from renal cell carcinoma sixteen years after nephrectomy. *Chir. Ital.* 2008; 2: 311–314.
6. Limani K., Matos C., Hut F., Gelin M., Closset J. Metastatic carcinoma of the gallbladder after a renal cell carcinoma. *Acta Chir. Belg.* 2003; 2: 233–234.
7. Ishizawa T., Okuda J., Kawanishi T., Kitagawa T., Yakumara K., Sekikawa T. Metastatic renal cell carcinoma of the gallbladder. *Asian J. Surg.* 2006; 3: 145–148.
8. King D.H., Centeno A.S., Saldivar V.A., Sarosdy M.F. Renal cell carcinoma metastatic to the gallbladder or prostate: two case reports. *Urology* 1995; 5: 722–725.
9. Pagano S., Ruggeri P., Franzoso F., Brusamolino R. Unusual renal cell carcinoma metastasis to the gallbladder. *Urology* 1995; 5: 867–869.
10. Pandey D., Kane S.V., Shukla P.J., Shrikhande S.V., Tongaonkar H.B. Isolated gall bladder metastasis from renal cell carcinoma. *Indian J. Gastroenterol.* 2006; 3: 161–162.
11. Park J.S., Chae Y.S., Hong S.J., Shin D.H., Choi J.S., Kim B.R. Metastatic renal cell carcinoma of the gallbladder. *Yonsei Med. J.* 2003; 2: 355–358.
12. Hellenenthal N.J., Stewart G.S., Cambio A.J., Delair S.M. Renal cell carcinoma metastatic to gallbladder: a survival advantage to simultaneous nephrectomy and cholecystectomy. *Int. Urol. Nephrol.* 2007; 2: 377–379.